

مديرية صحة محافظة دائرة المشافي
رقم تسجيل الديوان:، بتاريخ:/...../.....

المدة يوم واحد

...../...../..... :
...../...../..... :
...../...../..... :
...../...../..... :
...../...../..... :

| | |
|----------|----------|
| التاريخ: | التاريخ: |
| التوقيع: | التوقيع: |

...../...../..... :

:()

...../...../..... :

...../...../..... :

:

...../...../..... :

...../...../..... :

...../...../..... :

وبموجبه يوقع أعضاء لجنة الكشف، على منح الطبيب مقدّم الطلب، الترخيص النهائي اللازم لتعديل ترخيص المشفى موضوع هذا الطلب.

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

